UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT-ROYAL

132

Année 1974 N°

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
par

GARNIER Reine-Danielle
née le 25 août 1947 à LE MANS Sarthe

Présentée et soutenue publiquement le 1974

TUMEURS DU BAS-FOND CAECAL (TUMEURS VILLEUSES ET LIPOME) A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

PRÉSIDENT : MONSIEUR M. CACHIN, Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT-ROYAL

Année 1974 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

GARNIER Reine - Danielle

née le 25 août 1947 à LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 1974

TUMEURS DU BAS-FOND CAECAL
(TUMEURS VILLEUSES ET LIPOME)
A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

PRÉSIDENT : MONSIEUR M. CACHIN, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire de mes Grands-Parents

A mes Chers Parents

A Bruno

A ma famille

A mes Amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549228_0017

A Monsieur le Professeur M. CACHIN

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre plus

profond respect.

A Monsieur le Professeur agrégé E. MARTIN

qui nous a accueillie avec bienveillance et nous a fait bénéficier

de son expérience et de ses conseils.

Qu'il soit assuré de notre gratitude pour l'aide qu'il nous a

apportée.

A Monsieur le Docteur P. OLIVIERI

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidée

tout au long de sa réalisation.

Nous le remercions ici de ses précieux conseils et de la

gentillesse qu'il nous a manifestée.

A Monsieur le Docteur M. QUESTE

avec nos remerciements

TUMEURS DU BAS-FOND CAECAL
(TUMEURS VILLEUSES ET LIPOME)
A PROPOS DE QUATRE OBSERVATIONS

SOMMAIRE

– INTRODUCTION
– OBSERVATIONS
– HISTORIQUE
– ÉTIOLOGIE
– ÉTUDE CLINIQUE
– L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE
– LES EXPLORATIONS ENDOSCOPIQUES
– ANATOMIE PATHOLOGIQUE
– ÉVOLUTION
– ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES
– DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
– NOSOLOGIE
– TRAITEMENT
– CONCLUSION
– BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

A l'occasion de quatre observations de tumeurs du cæcum (trois tumeurs villeuses, un lipome), nous nous proposons de consacrer ce travail à l'étude des tumeurs "dites bénignes" du cæcum.

Les tumeurs villeuses du côlon, de siège généralement gauche, sont beaucoup plus rarement rencontrées au niveau du cæcum. Dans cette dernière localisation, elles ne présentent pas la symptomatologie classique des tumeurs villeuses du recto-sigmoïde : diarrhée muco-purulente, désordres hydro-électrolytiques. Mais leur traduction clinique le plus souvent bâtarde et latente les rapproche des cancers du cæcum, d'autant plus qu'elles sont capables de dégénérer dans un pourcentage de cas variable - en tout cas non négligeable - selon les auteurs.

Leur diagnostic est radiologique et endoscopique mais seule l'anatomo-pathologie permet de porter un diagnostic certain et un pronostic ultérieur.

OBSERVATIONS

La première malade est une femme de 67 ans, Mme P... Madeleine, venue consulter pour quelques vagues douleurs abdominales et une diarrhée sans écoulements muco-purulents. Il n'existe aucune altération de l'état général, aucun antécédent digestif. On note seulement la survenue d'un zona intercostal quelques semaines auparavant. Les examens biologiques sont normaux, sauf la vitesse de sédimentation qui est légèrement accélérée.

Le lavement baryté met en évidence deux images lacunaires régulières, l'une sur le côlon transverse, l'autre au niveau du bas-fond cæcal. Le transit du grêle est normal.

L'intervention est alors décidée avec le diagnostic de tumeurs bénignes du côlon droit. L'exploration montre une volumineuse tumeur qui rétracte une partie du cæcum ; le côlon droit reste mobile. Il existe une autre tumeur sur la partie droite du transverse. Il n'y a pas de métastase hépatique. La colotomie révèle une tumeur villeuse largement implantée. Une hémicolectomie droite emportant la moitié du transverse est pratiquée.

A l'examen anatomique, on note, d'une part une volumineuse tumeur sus et péri-valvulaire, de 4 cm de diamètre, et d'autre part une deuxième tumeur de 1 cm de diamètre.

L'étude histologique révèle une prolifération villeuse riche en anarchies nucléaires qui repose sur une sous-muqueuse épaissie, infiltrée en plusieurs endroits. La prolifération a détruit en un point tous les plans coliques.

La deuxième tumeur, d'allure pourtant régulière, présente également une petite zone de diffusion sous-muqueuse.

Il s'agit donc d'un épithélioma villeux et colloïde du côlon droit, associé à une petite tumeur villeuse bénigne avec début d'infiltration sous-muqueuse. Il n'y a pas de métastase ganglionnaire.

Le deuxième malade, Mr M... André, âgé de 57 ans, consulte pour de vagues troubles dyspeptiques et une petite rectorragie de sang rouge attribuée à des hémorroïdes procidentes. Celles-ci sont traitées mais le lavement baryté de sécurité met en évidence une image lacunaire à contour polycyclique du bas-fond cæcal.

A l'intervention, l'aspect est celui d'une tumeur villeuse. Le foie est indemne. Une résection iléo-cæcale large emportant 10 cm d'iléon terminal est pratiquée.

A l'examen anatomique (n° 10 235), le bas-fond cæcal est occupé par une tumeur végétante de 5 cm de diamètre.

L'étude histologique montre une prolifération de longues villosités glandulaires reposant sur une musculaire muqueuse saine.

Il s'agit donc d'une tumeur villeuse volumineuse sans aucun signe de transformation néoplasique.

La troisième observation est celle d'un homme de 73 ans, Mr L... Louis, qui se plaint depuis quatre mois de ballonnements et de douleurs abdominales sans amaigrissement.

Le lavement baryté révèle une lacune polycyclique régulière du cæcum au niveau de la valvule de Bauhin. La dernière anse grêle paraît normale au transit oral.

On décide d'intervenir avec le diagnostic de tumeur bénigne (lipome ?). L'exploration montre une tumeur mobile, largement implantée, ayant l'aspect d'une tumeur villeuse. Un ganglion cæcal est prélevé ; examiné en extemporané, il ne présente pas de signes de malignité. On pratique une résection iléo-cæcale avec anastomose iléo-colique termino-latérale.

L'examen de la pièce (n° 3553) montre une tumeur de 5 cm de diamètre, en nappe, constituée par des villosités sinueuses et grêles. Sur deux prélèvements, il existe une rupture de la musculaire muqueuse et une infiltration de la musculaire, de la sous-muqueuse et de la musculeuse, sans atteinte de la sous-séreuse. Le ganglion prélevé est intact.

Au total, il s'agit donc d'une tumeur villeuse en nappe en grande partie différenciée mais avec plusieurs foyers de transformation néoplasique.

La quatrième malade, Mme F... Raymonde, 56 ans, consulte pour des douleurs de la fosse iliaque droite apparues depuis un an, sans altération de l'état général. Seule la vitesse de sédimentation est anormale (48 à la 1ère heure).

Le lavement baryté montre une lacune régulière de la taille d'une petite orange occupant la partie inférieure du cæcum. Cette image peut correspondre soit à un lipome, soit à une tumeur villeuse.

L'intervention est décidée et l'exploration trouve une tumeur mobile, ferme, régulière, avec une paroi colique adjacente normale. Une résection iléo-colique droite est pratiquée.

L'étude macroscopique (n° 10871) montre une tumeur de 5 cm de diamètre, sous-muqueuse, présentant à son sommet une exulcération nécrotique. A la coupe, l'aspect est celui d'un tissu lipomateux.

L'histologie confirme le diagnostic de lipome sous-muqueux en partie ulcéré.

HISTORIQUE

Les premières observations de tumeurs villeuses étaient rapportées par QUAIN en 1854 puis par HOLMES en 1858. Il s'agissait de localisations rectales.

Plus tard, QUENU et LANDEL avec HARTMANN publient une étude de quatre cas de tumeurs villeuses au cours de laquelle ils mettent bien en évidence la différence de structure entre tumeurs villeuses et adénomes.

En 1928, LAMBLING dans sa thèse inspirée par BENSAUDE, rapporte 150 observations. Puis, SUNDERLAND et BINKLEY, WHEAT et ACKERMAN, SENEQUE et CHATELIN, GRINNEL et LINE envisagent le problème des localisations coliques.

Mais il faut attendre 1953 pour voir publier des observations de tumeurs cæcales, tout d'abord par FISHER et CASTRO, puis par HINES et COLL. (tumeur villeuse découverte au cours d'une autopsie), par HENSHALL, WOLF.

GOLDFARB en 1964 rassemble 7 cas de tumeurs cæcales sur 146 tumeurs villeuses coliques observées en 13 ans.

Puis, à leur tour, MATTOSO et CLOUSE, AGRAN et COLL., BAUM et ARCOMANO, ORRINGER et EGGLESTON ajoutent quelques observations.

Enfin, plus récemment, HARDOUIN publie un cas de tumeur villeuse cæcale s'accompagnant de troubles hydro-électrolytiques.

C'est dire la rareté de la localisation au cæcum de cette tumeur déjà assez rarement rencontrée dans ses localisations typiques.

ETIOLOGIE

FREQUENCE

La fréquence des tumeurs villeuses est faible par rapport à l'ensemble des tumeurs du côlon.

Pour BOCKUS, elles atteignent 0,3 % de la population adulte et représentent :

pour SUNDERLAND et Binkley, 1,4 % des tumeurs du gros intestin

pour BACON et COLL., 2,3 % des tumeurs coliques (sur un total de 1144 tumeurs).

Envisagées sous un autre angle, 1,7 % des cancers du côlon sont des tumeurs villeuses dégénérées dans la statistique de QUAN et CASTRO.

Ces tumeurs villeuses se localisent de préférence au rectum et au recto-sigmoïde.

Elles sont exceptionnelles au niveau du côlon droit et les observations qui en sont rapportées dans la littérature sont très peu nombreuses.

AGE

L'âge de leur survenue varie ; de 13 à 87 ans pour GRINNEL et LINE, de 5 à 91 ans pour CLARK.

Mais tous les auteurs s'accordent pour dire qu'elles surviennent en moyenne vers la soixantaine (62,7 ans pour WHEAT dont 86 % des malades ont 50 ans ou plus).

"Elles commencent à peine à survenir quand est passé l'âge de l'adénome" (LAMBLING).

SEXE

Le sexe intervient peu, les femmes étant aussi souvent atteintes que les hommes.

AUTRES FACTEURS

Enfin, on ne note aucune prédisposition familiale.

ETUDE CLINIQUE

L'ancienneté des symptômes est estimée de façon diverse selon les auteurs :

- une semaine à 15 ans, en moyenne 15 mois pour BACON et COLL.
- 13 à 20 mois pour GRINNEL et LINE
- 29 mois en moyenne pour WHEAT et ACKERMAN.

La localisation au cæcum des tumeurs villeuses provoque une symptomatologie un peu différente de celle des tumeurs rectales et recto-sigmoïdiennes.

Des troubles colitiques douloureux variables en intensité sont évocateurs et trois fois plus fréquents qu'au cours des tumeurs villeuses coliques gauches.

En revanche, les hémorragies de sang rouge sont beaucoup plus rares. Il peut y avoir un melæna, surtout si la tumeur est dégénérée. Dans la série de GOLDFARB, aucun malade n'avait d'hémorragie importante de sang rouge, mais chez trois malades sur dix existait une hémorragie occulte.

Des troubles du transit à type de diarrhée sont parfois notés, comme dans les localisations coliques gauches.

Les complications mécaniques sont assez rares : tableau clinique de Subocclusion (HARDOUIN), occlusion intestinale aiguë (un cas de GOLDFARB), invagination au lavement baryté (WOLF).

Parfois même, apparence et signes d'une appendicite aiguë (deux cas de GOLDFARB).

De grande importance est l'absence habituelle du maître-symptôme des tumeurs villeuses rectales : il n'y a habituellement ni écoulements muco-glaireux, ni désordres électrolytiques, les secrétions étant réabsorbées au niveau distal.

L'état général est en principe bien conservé : il existe parfois une discrète anémie hypochrome. Une perte de poids doit faire suspecter une dégénérescence maligne.

L'examen du malade ne révèle rien et le toucher rectal est bien entendu négatif en dehors d'une lésion associée qu'il faut toujours rechercher.

Tous ces symptômes, par ailleurs peu évocateurs, ne doivent pas faire oublier que, dans un certain nombre de cas (15 % selon ORRINGER et EGGLESTON), la tumeur villeuse cæcale est cliniquement latente et découverte incidemment.

C'est souvent sur la foi de vagues troubles digestifs que l'on est amené à pratiquer des examens radiologiques.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE

LE LAVEMENT BARYTE

C'est un examen difficile qui demande une excellente préparation et une technique parfaite permettant d'obtenir des images correctes du carrefour iléo-cæco-colo-appendiculaire.

Dans de nombreux cas, il faut jouer de tous les artifices (préparation par antispasmodiques, compression, obtention d'une couche mince), utiliser toujour une baryte diluée et éviter deux écueils :

- masquer une petite tumeur villeuse de 1 à 2 cm de diamètre ;
- ou à l'inverse hésiter sur le nombre exact de localisations devant une image de résidus.

Habituellement, le lavement baryté montre une lacune manquant d'homogénéité à contours festonnés où se dessinent de fines trabéculations. Cette image lacunaire apparaît dès le début du remplissage et subit des modifications au fur et à mesure de la pénétration de la baryte entre les villosités. La mobilité des franges villeuses avec le flot de baryte entraîne des variations de forme dues à l'irrégularité en taille et en profondeur des fentes, rendant difficile l'appréciation du volume de la tumeur.

Après évacuation, persiste un aspect tacheté.

Parfois, on obtient des images d'invagination.

GOLDFARB pense que les tumeurs villeuses se présentent sous le même aspect, qu'elles soient situées à droite ou à gauche.

En revanche, d'autres auteurs affirment que, parmi les lésions villeuses du côlon droit, bien peu sont évocatrices. Ils donnent de ce fait l'explication suivante : la taille de la tumeur semble bien être le facteur déterminant l'aspect radiologique typique. Or, les tumeurs villeuses du côlon droit sont en moyenne de taille inférieure à leurs homologues coliques gauches (KAYE et BRAGG).

Les signes radiologiques qui ont été décrits ne sont ni constants, ni spécifiques et peuvent être réalisés par d'autres tumeurs bénignes. C'est pourquoi, après le lavement baryté, il est bien rare que l'on ait posé le diagnostic de tumeur villeuse car son caractère inhabituel au niveau du cæcum fait qu'on ne peut y penser systématiquement. Lorsque, malgré tout, on en a évoqué la possibilité, le problème essentiel qui se pose est de savoir si cette tumeur est bénigne ou maligne.

En faveur de la bénignité sont classiquement retenus les caractères suivants :

- absence de rigidité de la paroi colique ;
- absence de dilatation du côlon sus-jacent ;
- intégrité du liseré de sécurité.

Mais il faut souligner que l'absence de dégénérescence d'une tumeur villeuse ne peut être affirmée sur le lavement baryté.

LE TRANSIT BARYTE gastro-duodénal aura pour but, non pas tant de rechercher une rarissime localisation gastrique de tumeur villeuse que de s'assurer de l'aspect normal des dernières anses grêles.

L'ARTERIOGRAPHIE mésentérique supérieure a été préconisée par certains et pourrait permettre d'affirmer le caractère bénin ou malin de la tumeur, la dégénérescence se traduisant, comme dans toutes les tumeurs malignes par :

- une grande richesse vasculaire ;
- un retour veineux précoce ;
- la persistance de taches vasculaires intra-tumorales.

Mais elle présente de nombreux inconvénients tels que :

- l'âge généralement avancé du patient ;

- la difficulté d'obtenir une bonne insufflation du côlon droit (et dans des conditions analogues de préparation le lavement baryté peut fournir des renseignements) ;

- enfin et surtout l'inutilité puisque, après colotomie et une fois la tumeur villeuse reconnue, c'est l'hémicolectomie qui est pratiquement toujours décidée dans cette localisation droite.

LES EXPLORATIONS ENDOSCOPIQUES

LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIE sera toujours pratiquée, connaissan la relative fréquence des localisations multiples de tumeurs villeuses ainsi que leur association à d'autres lésions coliques et rectales.

Plus intéressante est la COLOSCOPIE qui permet d'explorer tout le cadre colique. Elle "fait maintenant partie des examens de routine en gastro-entérologie" (DEBRAY et COLL.) et vient utilement compléter le lavement baryté notamment en cas d'image douteuse.

Depuis un ou deux ans, le coloscope a été introduit en France. DEBRAY et COLL. ont rapporté en 1973 leur expérience de 450 examens pratiqués. Ils ont utilisé deux types d'appareils de la firme Olympus. Seul le coloscope LB (186 cm) permet d'atteindre la région cæcale.

C'est un examen long, peu dangereux mais qui nécessite une préparation minutieuse.

La mise en place du coloscope se fait à l'aide d'un rectoscope spécial, mis sur le malade en position genu-pectorale. Ce rectoscope est ensuite retiré et on installe le sujet en position gynécologique. La progression ne se fera jamais à l'aveugle.

La coloscopie en cas de tumeur villeuse du cæcum a un double intérêt : elle permet de voir la tumeur et par là même d'éliminer les autres tumeurs du cæcum (polype, lipome) mais aussi de suspecter une éventuelle dégénérescence. Cependant l'exploration du cæcum est souvent difficile. Elle a enfin un autre intérêt : c'est de dépister une autre localisation ou une tumeur associée qui auraient pu passer inaperçues à la radiologie.

Cet examen peu dangereux (sur 450 cas, DEBRAY et COLL. ne rapportent qu'un seul accident mineur), est probablement un examen d'avenir en gastro-entérologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomo-pathologique des tumeurs villeuses présente une importance considérable. C'est en effet l'étude histologique qui permet d'apprécier le plus souvent leur dégénérescence, élément fondamental du pronostic.

MACROSCOPIE

Siège : au niveau du côlon, il est habituellement recto-sigmoïdien (90 % des cas pour HENSHALL), et rarement plus haut situé. La localisation au côlon droit est très peu fréquente.

Forme : les tumeurs villeuses ont un aspect chevelu, spongieux, friable, allant du rose pâle au rouge sombre. Elles sont formées de végétations tassées les unes contre les autres, fréquemment recouvertes d'un mucus épais et adhérent. La muqueuse voisine est normale du moins lorsque la tumeur est bénigne.

La plupart du temps (90 % des cas), ce sont des tumeurs sessiles, houppes de végétations villeuses facilement mobilisables sur les plans sous-muqueux du côlon en l'absence d'inflammation ou de dégénérescence.

Beaucoup plus rarement, elles sont pédiculées, à pédicule recouvert d'un épithélium villeux et habituellement large et court, mais parfois très long. Un cas rapporté par SENEQUE et CHATELIN comportait un pédicule de 10 cm.

Leur taille est en principe inférieure à celle des tumeurs sessiles.

Ces tumeurs sont en général uniques, mais il peut y avoir en périphérie de la tumeur principale une ou plusieurs proliférations qui, si elles sont méconnues, font parler de récidives.

Enfin, ces tumeurs peuvent être diffuses, s'étendre à toutes les parois du côlon et devenir circulaires, réalisant la maladie villeuse lorsqu'il existe de plus une hypermucorrhée et une hypokaliémie.

La dégénérescence sera suspectée dès l'examen macroscopique en présence d'une zone d'induration ou d'ulcération qui survient habituellement dans la partie centrale de la tumeur.

Volume : la taille est variable, allant de 5 mm à 20 cm, ou plus de diamètre.

Pour GOLDFARB, le diamètre moyen des tumeurs villeuses localisées à droite est de 4,5 cm, donc comparable à celui des localisations gauches.

A l'inverse, KAYE et BRAGG pensent que les lésions droites sont de plus petite taille.

MICROSCOPIE

Le développement d'une tumeur villeuse est exophytique et se fait à partir de la surface épithéliale.

La prolifération tumorale est composée de longues papilles grêles et sinueuses juxtaposées et serrées les unes contre les autres. Celles-ci sont faites d'un axe conjonctivo-vasculaire recouvert d'un épithélium.

L'axe conjonctif est formé de fines fibrilles collagènes et d'une substance fondamentale lâche : chorion conjonctif qui contient des capillaires souvent distendus et parfois des cellules lymphocytaires ou plasmocytaires si des phénomènes inflammatoires se surajoutent.

Les franges villeuses s'étendent de la base à l'extrémité de la tumeur et sont bordées par un épithélium villeux. Cet épithélium comprend une seule couche régulière de cellules cylindriques. Son aspect pseudo-stratifié est dû à une grande densité cellulaire. Il se continue parfois - mais c'est rare - brusquement avec la muqueuse intestinale normale. Le plus souvent existe une zone de transition progressive caractérisée par un allongement des tubes et une hypersecrétion.

Les cellules de l'épithélium villeux peuvent être de deux types :

- cellules caliciformes, différenciées, mucipares, avec un noyau basal, généralement sans mitoses et où les anomalies nucléaires ou cellulaires sont exceptionnelles.

- cellules basophiles, dédifférenciées, hautes et plus petites, sans activité secrétoire, à noyau dense et basal tendant à devenir médian. Les mitoses sont plus fréquentes.

Normalement ces deux types cellulaires sont intriqués de façon variable. Lorsque les cellules basophiles sont plus nombreuses, elles donnent l'aspect particulier d'épithélium à cellules sombres, dédifférenciées. Il existe parfois une réaction adénomateuse entre la base des villosités et la musculaire muqueuse.

La musculaire muqueuse, formée de petits faisceaux de fibres musculaires lisses est toujours intacte dans les tumeurs villeuses bénignes. Elle a un aspect normal ou peut être atrophique, ou parfois épaissie et même franchement hyperplasique. En cas d'infection, elle est infiltrée de cellules lymphocytaires ou plasmocytaires.

LES CRITERES DE MALIGNITE ont été très discutés et sont difficiles à apprécier :

- lorsque la tumeur villeuse est constituée de cellules caliciformes très différenciées associées ou non à des cellules basophiles sans mitoses anormales et sans altération de la musculaire muqueuse, la bénignité ne peut être mise en doute.
- le seul critère absolu de dégénérescence est tardif : c'est le franchissement de la musculaire muqueuse par la prolifération épithéliale.
- parfois le problème est plus difficile à résoudre car, alors que la musculaire muqueuse est intacte, il existe, localisés à une partie de la tumeur, un certain nombre de signes suspects tels que :
  - perte de la fonction mucipare,
  - pluristratification difficile à distinguer d'une fausse stratification,
  - perte de la polarité cellulaire et nucléaire,
  - augmentation du nombre des mitoses qui sont anormales,
  - dédifférenciation cellulaire.

Mais la musculaire muqueuse est intacte. Ces tumeurs sont alors considérées comme "carcinome in situ" et leur potentiel malin est difficile à préciser.

C'est dire la nécessité d'un examen complet de la pièce opératoire avec pratique de coupes en série.

Toutes les transitions existent entre tumeurs villeuses dédifférenciées et cancers authentiques, d'où l'intérêt d'investigations complémentaires :

L'HISTOPHOTOMETRIE montre des différences précises entre la charge en ADN des tumeurs bénignes et celle, beaucoup plus importante, des tumeurs malignes.

Parmi des tumeurs villeuses identiques au microscope, elle amène à différencier des types tantôt superposables aux polypes, tantôt superposables aux épithéliomas (LAQUERRIERE-LAUMONIER).

PLUSIEURS CLASSIFICATIONS de tumeurs villeuses ont été faites suivant l'état de l'épithélium et la présence ou l'absence de la musculaire muqueuse.

WHEAT et ACKERMAN distinguent quatre grades :

- Grade I : tumeurs villeuses bénignes.

- Grade II : tumeur bordée d'un épithélium parfois pluristratifié, à cellules sombres et présentant quelques signes atypiques.

- Grade III : carcinome in situ. La musculaire muqueuse est toujours intacte dans ces trois groupes.

- Grade IV : nombreuses anomalies cellulaires et envahissement de la musculaire muqueuse. C'est un carcinome invasif.

La classification de QUAN et CASTRO est un peu différente ; elle comprend cinq grades :

- Grade I : tumeur sûrement bénigne.

- Grade II : tumeur villeuse avec atypies cellulaires à l'examen microscopique.

- Grade III : carcinome in situ

- Grade IV : tumeur avec ilôts de carcinome. Il n'y a pas d'envahissement de la musculaire muqueuse (type A de DUKES).

- Grade V : carcinome invasif. La musculaire muqueuse est franchie.

Deux hypothèses :

- il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire local (c'est le type B de DUKES).

- Il existe un envahissement lymphatique (type C de DUKES).

Il n'y a pas de parallélisme strict entre l'aspect de la prolifération villeuse en surface et le caractère invasif de la tumeur, celle-ci pouvant être considérée comme un carcinome invasif alors qu'il n'existe que peu ou pas de dédifférenciation cellulaire.

ÉVOLUTION

Deux menaces pèsent sur l'évolution des tumeurs villeuses :

la dégénérescence maligne qui est le risque évolutif majeur

et les récidives après traitement

LA DEGENERESCENCE MALIGNE

Il est difficile de prévoir si elle va se produire et à quel moment. Aussi doit-on intervenir chirurgicalement sur toute tumeur villeuse.

La fréquence de dégénérescence maligne est diversement appréciée selon les auteurs :

de 30 à 35 % pour la plupart (GOLDFARB-NICOLOFF-HENSHALL-MATTOSO-GRINNEL-ORRINGER),- elle passe à 68 % pour SUNDERLAND et BINKLEY et même à 100 % pour FISHER et CASTRO (étude de coupes en série sur 4 cas) mais n'est à l'inverse que de 18 % pour KAYE et BRAGG (ces derniers ne tenant compte que des cancers invasifs).

Certains facteurs semblent favoriser la dégénérescence :

- la longue évolution des symptômes
- l'âge élevé : les tumeurs dégénérées s'observent à un âge plus tardif (tout au moins chez l'homme) : 65,1 ans en moyenne alors que l'âge moyen de découverte des tumeurs bénignes n'est que de 57 ans (QUAN et COLL.)
- le sexe : les femmes seraient plus exposées à la dégénérescence et à un âge plus jeune.
- le volume de la tumeur :

- pour NICOLOFF (sur 55 cas), il ne semble pas y avoir de corrélation entre taille et malignité pour les lésions mesurant moins de 6 cm. Mais la fréquence de la dégénérescence est très augmentée au-delà de 6 cm et toutes les tumeurs de plus de 8 cm sont malignes.

- de leur côté, après avoir étudié 70 cas de tumeurs villeuses, KAYE et BRAGG rapportent que 91 % des tumeurs villeuses de moins de 5 cm de diamètre étaient bénignes. Les deux tiers des tumeurs de 8 cm, ou plus de diamètre étaient des carcinomes invasifs et toutes les tumeurs de plus de 10 cm étaient malignes.

- la forme anatomique

La dégénérescence frappant tous les types de tumeurs villeuses mais davantage les lésions sessiles et surtout la maladie villeuse.

Lorsqu'elles dégénèrent, les tumeurs villeuses prennent l'aspect d'un adéno carcinome ou d'un épithélioma colloïde. Il semble bien cependant que leur malignité reste longtemps d'expression locale. Le risque de métastases ganglionnaires et viscérales serait moindre qu'au cours d'un banal cancer (une observation comportait un envahissement ganglionnaire dans la série de 28 cas de BACON et COLL.). Cet envahissement ganglionnaire survient toujours après le franchissement de la musculaire muqueuse par le processus tumoral.

LES RECIDIVES

Un autre problème parfois rencontré est celui des récidives.

On éliminera de ce cadre les lésions résiduelles, conséquences d'un bilan pré-opératoire insuffisant, que les examens radiologiques et endoscopiques devraient permettre d'éviter.

La récidive vraie peut se faire sous forme bénigne ou sous forme maligne.

Alors qu'elle est très fréquente au niveau du rectum et du recto-sigmoïde, elle paraît assez rare sur le côlon ascendant, ce qui correspond peut-être à une insuffisance thérapeutique dans le premier cas.

Classiquement, "elle témoigne d'un caractère évolutif menaçant" (D'ALLAINES), la progression étant considérée comme inéluctable jusqu'à la dégénérescence.

En fait, cette affirmation doit être tempérée car la tumeur peut récidiver plusieurs fois de suite sous forme bénigne.

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Chez les malades porteurs de tumeurs villeuses, il n'est pas rare de découvrir d'autres tumeurs coliques, bénignes ou malignes.

WHEAT et ACKERMAN, de leurs 50 observations, font ressortir deux cas de tumeurs villeuses multiples, huit cas de tumeurs villeuses associées à des adénomes, six cas de tumeurs villeuses associées à un cancer colique.

De leur côté, QUAN et CASTRO, dans leur série de 215 malades, trouvent 35 patients (16,5 %) atteints d'un adénocarcinome, et 105 (48,8 %) de polypes associés.

Certains auteurs ont conclu que "le côlon atteint de tumeur villeuse semble avoir une nette tendance à être porteur d'autres lésions".

C'est dire l'absolue nécessité d'une enquête radiologique et endoscopique qui permettra de dépister d'autres tumeurs, dont la méconnaissance serait catastrophique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Affirmer le diagnostic de tumeur bénigne du cæcum sur la seule clinique est pratiquement impossible. Il ne repose que sur des arguments de présomption. La symptomatologie est le plus souvent bâtarde et n'a rien de spécifique. Seules la radiologie et la coloscopie peuvent faire le diagnostic ; mais surtout l'examen anatomo-pathologique permettra d'éliminer formellement un cancer du cæcum.

En effet le terrain est souvent le même (sujet de plus de 60 ans), la symptomatologie très proche (vagues douleurs abdominales, melaena, troubles du transit).

A ce propos nous voudrions rapporter une 5e observation : il s'agit d'un homme de 60 ans, Mr M... Ernest, venu consulter pour quelques douleurs de la fosse iliaque droite, accompagnées de melæna et de diarrhée intermittente apparus depuis plusieurs mois, sans altération importante de l'état général. L'examen général met en évidence une masse douloureuse à la palpation de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté objective une amputation du cæcum et un refoulement de la dernière anse grêle (habituellement il y a défaut d'injection).

L'intervention chirurgicale découvre une tumeur du bas-fond cæcal englobant la dernière anse grêle. Il existe des adénopathies sur l'origine de l'iléo-caeco-appendiculaire mais pas de métastases hépatiques.
Une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-latérale est pratiquée.

L'examen macroscopique (n° 2858) montre une volumineuse tumeur bourgeonnante et infiltrante de 12 cm de diamètre au niveau du bas-fond cæcal.

Histologiquement la prolifération tumorale maligne a les caractères d'un adénocarcinome lieberkühnien. Il infiltre toute la paroi avec extension dans la sous-séreuse. Il existe de volumineuses métastases ganglionnaires du carrefour iléo-cæcal.

Cette observation illustre bien les difficultés diagnostiques ; la radiologie permet souvent d'affirmer le caractère malin de la tumeur : image irrégulière, marécageuse, polycyclique avec infiltration de la paroi du voisinage, voire au maximum amputation complète du bas-fond cæcal (relativement fréquente en raison de la latence des tumeurs malignes du cæcum).

Il est possible que, dans l'avenir, la coloscopie, devenue plus courante, permette de visualiser la tumeur et de confier le malade au chirurgien avec un diagnostic précis.

A côté des tumeurs villeuses, il est d'autres tumeurs bénignes, plus fréquentes sur le côlon droit, qui posent un problème diagnostic : ce sont les adénomes et les lipomes.

1) L'adénome (ou polype)

C'est une tumeur rouge sombre, de taille variable mais habituellement inférieure à celle de la tumeur villeuse, souvent pédiculée, qui correspond à une prolifération adénomateuse de l'épithélium glandulaire autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.

Elle est assez peu fréquente au niveau du côlon droit (localisation recto-sigmoïdienne dans 80 % des cas), prédomine chez l'homme de la cinquantaine, sans caractère héréditaire.

Lorsque les localisations en sont multiples, il s'agit souvent d'une polypose recto-colique, de caractère familial.

La radiologie et l'endoscopie permettent de reconnaître le polype. Le lavement baryté montre typiquement une lacune claire, régulière avec un pédicule long et étroit. On recherche toujours des localisations multiples et des signes de dégénérescence.

Histologiquement, il existe une prolifération des glandes coliques qui sont plus basophiles que normalement et plus ou moins différenciées.

En pratique, tout polype même d'aspect rassurant peut être en réalité un cancer et doit être enlevé en totalité

2) Le lipome

C'est une tumeur assez rare, mais la plus fréquente des tumeurs bénignes du côlon après l'adénome (1 lipome pour 10 adénomes).

Il se localise de préférence au cæco-ascendant (où l'on trouve 48,5 % des lipomes et seulement 1 % des adénomes), peut survenir à tout âge (des âges extrêmes de 10 mois et 87 ans ont été cités) mais en moyenne vers 55 ans. Il est deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, c'est une tumeur jaunâtre, de localisation généralement sous-muqueuse (90 % des cas), de consistance molle, de taille variable mais souvent assez importante, de forme arrondie ou lisse ou parfois polylobulée.

Il peut être sessile ou pédiculé (pédicule large et court) et est limité par une capsule fibreuse qui permet une énucléation facile. La muqueuse qui le recouvre est normale ou siège d'ulcérations.

La nécrose du lipome et son élimination spontanée représentent un mode de guérison qui pourrait obéir à trois mécanismes : torsion du pédicule, étirement des vaisseaux ou thrombose.

Le diagnostic histologique est en général facile devant la présence de cellules adipeuses à noyau refoulé et de cellules graisseuses plus jeunes dans lesquelles la graisse se présente sous l'aspect de fines gouttelettes.

CLINIQUE

Le lipome est très souvent latent et découverte d'autopsie dans de nombreux cas. Parfois, comme chez notre malade, c'est le lavement baryté demandé en raison de troubles digestifs persistants (douleurs abdominales vagues, troubles du transit), qui fera découvrir la tumeur.

Les hémorragies de sang rouge ne sont pas rares mais il existe une complication majeure : c'est l'invagination colo-colique ou iléo-cæco-colique qui paraît plus fréquente que pour les autres tumeurs bénignes. 38 % des lipomes se manifesteraient par des crises occlusives intermittentes rapidement résolutives ou par une occlusion vraie.

Il existe enfin parfois des formes pseudo-néoplasiques.

Au lavement baryté se dessine une image lacunaire bien limitée de dimensions variables, ronde ou ovalaire, qui fait saillie dans la lumière colique. La paroi colique de voisinage est normale.

Cette image présente quelques caractères particuliers mais non spécifiques :

- elle est régulière, a des contours nettement dessinés et est cerclée d'un liseré opaque.

- sa radiotransparence est particulière : le tissu graisseux étant moins dense que les autres tissus, le lipome est la plus claire de toutes les tumeurs.

- enfin le lipome est de consistance molle et se déforme avec les contractions. Il est mobile et "se mobilise au fil de l'eau"

vers l'amont en réplétion

vers l'aval en évacuation

TRAITEMENT

La dégénérescence maligne n'est jamais rencontrée. Cependant le traitement est toujours chirurgical et consiste en une ablation après colotomie (lorsque le diagnostic est certain) ou en une résection souvent nécessaire en présence d'une invagination.

NOSOLOGIE

I - TUMEURS VILLEUSES, POLYPES ET POLYPOSES

Tumeurs villeuses, polypes et polypose semblent être bien différenciés de par

- l'âge et les conditions de survenue de chacun d'entre eux (hérédité de la polypose, absence d'hérédité du polype et de la tumeur villeuse).

- leurs caractéristiques anatomo-pathologiques. On a vu que le polype était de nature très différente de la tumeur villeuse.

En fait la distinction est parfois difficile :

- d'une part dans certaines tumeurs villeuses, il peut se trouver une zone adénomateuse entre la base des villosités et la musculaire muqueuse.

- par ailleurs une tumeur villeuse peut se présenter comme un polype.

- enfin le polyadénome villeux associe les deux aspects de tumeur villeuse et d'adénome : prolifération villeuse en surface, prolifération adénomateuse en profondeur.

Cliniquement, seule est commune leur tendance à la dégénérescence maligne.

II - TUMEURS VILLEUSES ET CANCERS

Considérée par certains comme une tumeur épithéliale d'emblée maligne mais très différenciée, la tumeur villeuse présente un potentiel malin difficile à préciser. Elle est susceptible de dégénérer à plus ou moins long terme et de devenir un cancer qui prend alors le plus souvent un aspect colloïde ou adénocarcinomateux.

Parfois le diagnostic microscopique est difficile et l'examen de la pièce d'exérèse in toto permettra seul de retrouver dans une zone très limitée des signes suspects de dégénérescence.

Par ailleurs certains auteurs ont avancé que les tumeurs villeuses pourraient bien être à l'origine d'un nombre important de cancers du côlon (12 % pour SWINTON et MEISSNER).

Il semble que cette éventualité ne puisse être retenue car les tumeurs villeuses sont peu fréquentes (1,4 % des tumeurs coliques) et conclure à l'origine villeuse d'une tumeur maligne qui présente un aspect villeux est peut être un peu hâtif.

TRAITEMENT

Le traitement est uniquement chirurgical. Il faut intervenir dans tous les cas devant une tumeur du bas-fond cæcal.

Lorsqu'on suspecte une tumeur villeuse, l'intervention doit être large puisqu'on ne peut avoir aucune idée de son potentiel de malignité avant d'en avoir obtenu une image histologique complète.

L'intervention de choix est l'hémicolectomie droite.

Plusieurs points sont importants :

- la préparation du malade doit viser à obtenir une bonne vacuité du côlon et à réduire sa septicité par des lavements, un régime sans résidus, voire des antibiotiques.
- il faut corriger les troubles humoraux éventuels par une réanimation correcte.
- la voie d'abord doit être large.
- l'hémicolectomie droite en un temps s'impose :

elle comprend l'ablation des 15 ou 20 derniers cm. de l'iléon, de tout le côlon droit, du colon transverse jusqu'à son 1/3 gauche, du péritoine correspondant après ligature à l'origine des artères iléo-cæco-colique et colique supérieure droite.

La continuité intestinale est rétablie par anastomose iléo-transverse termino-terminale.

CONCLUSION

Au total, les tumeurs villeuses, exceptionnellement rencontrées au niveau du cæcum, présentent une symptomatologie non spécifique. Il est impossible cliniquement de les distinguer des autres tumeurs bénignes et des néoplasmes.

L'examen radiologique s'impose donc devant des troubles digestifs peu caractéristiques mais persistants.

Le lavement baryté exige une technique parfaite et permet la découverte de la tumeur sous la forme d'une image lacunaire à contours festonnés variant de forme avec le flot de baryte. Un examen peu probant doit être recommencé.

Il peut permettre un début de diagnostic différentiel et se révèle comme l'examen d'orientation.

Le transit baryté et la recto-sigmoïdoscopie lui seront toujours associés.

Au terme de ces investigations radiologiques et endoscopiques, l'intervention chirurgicale s'impose. Elle consiste en une hémicolectomie droite.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce en totalité permet alors de porter un diagnostic ferme et plus tard un pronostic.

A côté de ces notions classiques, il faudra accorder dans un proche avenir une place plus importante à la coloscopie dans le diagnostic des tumeurs coliques : diagnostic positif tout d'abord mais aussi diagnostic éventuel d'une deuxième localisation sur le cadre colique et surveillance de ces malades en post-opératoire à la recherche d'une récidive locale.

Pour conclure, nous pouvons dire que toute tumeur cæcale reconnue radiologiquement et confirmée par la coloscopie doit être opérée, le risque de dégénérescence n'étant pas minime.

Seul l'examen anatomo-pathologique complet de la pièce opératoire avec pratique de coupes en série permet d'affirmer la bénignité ou la malignité de ces tumeurs villeuses du cæcum.

Vu, le Président de Thèse
Signé : M. CACHIN

Vu, le Doyen de la Faculté
Signé : F. DELBARRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de PARIS
Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- TUMEURS VILLEUSES -

1) - BOCKUS H.L — Gastro-entérology - T. II. Saunders, Philadelphia, London 1964.

2) - LAMBLING — Les tumeurs villeuses du rectum. Paris - Masson et Cie-1928.

3) - D'ALLAINES MAZINGARBE — Tumeurs villeuses du côlon. Arch. Mal. app. dig. 1942, 31, p 191-201

4) - BACON LOWELL TRIMPI — Villous papillomas of the colon and rectum A Study of 28 cases with end-results of treatment over a five-year period. Surgery-Janv.1954, 35, p 77-87

5) - BERTRAND — Les tumeurs villeuses du gros intestin Lyon chir-mars 1962, 58, p 171-193

6) - HARP WAUGH DOCKERTY — Non infiltrating villous colonic tumors : partial review of literature and report of 63 cases. Dis. Colon. Rectum mars-avril 1962, 5, p 121-133.

7) - COGAN — Surgical management of villous tumors of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum janv-fev. 1968, 11, p 64-66

8) - DEBRAY CRESPON HOUSSET — Bilan de la coloscopie sur 450 examens Entretiens de Bichat-Médecine-1973, p 59.

9) - LOMBARD-PLATET — Les tumeurs villeuses du gros intestin Thèse de Lyon, 1959, n° 181.

10) - MARANGE — Contribution à l'étude des tumeurs villeuses du recto-sigmoïde et du côlon. A propos de 30 observations. Thèse de Toulouse 1967, n° 158.

11) - NICOLOFF — Management of villous adenomas of the colon and rectum. Arch. Surg. août 1968, 97, p.254-260.

12) - PORTER — Villous adenoma of the colon in 108 patients. Am.Journ.Surg. juillet 1968, 116, p.13-16.

13) - BAUM ARCOMANO — Villous adenomas of the colon. Report of an unusual case in the cecum. Amer. J. gastr. 1966, 46, p.51.

14)- NELSON
Villous adenomas of the colon
Amer. J. of Surg. Juillet 1962, 104, n°1, p.120.

15)- SUNDERLAND
BINKLEY
Papillary adenomas of the large intestine
Cancer- Juillet 1948, vol 1, p. 184-207.

16)- SWINTON
MEISSNER
SOLAND
Papillary adenomas of colon and rectum.
Arch. Int. Med. Oct 1955, 96, p 544-551

17)- VALDES MARSEILLE
Contribution à l'étude des tumeurs villeuses des côlons.
Thèse de Paris 1958 n° 166.

18)- WHEAT
ACKERMAN
Villous adenomas of large intestine : clinico-pathologic evaluation of 50 cases of villous adenomas with emphasis on treatment
Ann. Surg. avril 1958, 147, p 476.487.

19)- HENSHALL
Villous tumors of the large bowel and presentation of an unusual case.
Amer. J. Roentg. 1960, vol 84, p 1105-1113.

20)- FISHER
CASTRO
Diffuse papillomatous polyps (V.T) of the colon and rectum
Amer. J. Surg. Fév 1953, vol 85, n° 2 p.146-181.

21)- HARDOUIN
EUGENE
BLANC
SAINT DRENANT
Tumeur villeuse du caecum
Vie médicale. Déc. 1972. vol 39, p5039-5043

22)- GUIVARCH
NATHAN
MOUCHET
Les tumeurs villeuses du côlon et du rectum.
Symptômes, dépistage et traitement.
Revue du Praticien, 1973, 23, n° 25, p 2315-2330.

23)- GRINNEL
LINE
Benign and malignant adenomatous polyps and papillary adenomas of the colon and rectum : an analysis of 1856 tumors in 1335 patients.
Int. Abst. Surg. 1958, vol 106, p. 519.

24)- DESJANECZ
CLARK
Papillary adenomas of colon and rectum. Clinical and pathological behavior.
Canadian Journal of Surgery 1964, vol 7, p. 389.

25)- WOLF
Roentgen diagnosis of villous tumors of the colon
Am. J. Roentg. déc. 1960, 84, n° 6, p 1093-1104

26)- WOLF — Rœntgen diagnosis of villous adenomas of the colon. J. Mount Sinaï Hospital nov. déc. 1958, 25, n°6, p 604-605.

27)- GOLDFARB — Villous adenomas of the right colon Cancer, fév. 1964, vol 17, p.264

28)- HINES HANLEY SCHRAMEL — Villous tumors of the colon and rectum. Clinical experience with 37 cases Southern. Med. J., Sept 1955, vol 48, p 891.

29)- SENEQUE CHATELIN — Tumeurs villeuses des côlons J. Chir. Juin-juillet 1958, vol 76, n° 1, p 13-30.

30)- MALAFOSSE — Tumeurs bénignes du gros intestin Feuillets du Prat. mai 1970, 35, n° 6, p 35-45.

31)- BABIOR — Villous adenoma of the colon : study of a patient with severe fluid and electrolyte disturbances. Am. J. Med., oct 1966, 41, n° 4, p 615-621.

32)- JODE — Troubles de l'eau et des électrolytes dans les tumeurs villeuses. Proc. roy. soc. med, mai 1968, 61, n° 5, p 440-441.

33)- PARKS STUART — Management of villous tumors of the large bowel. Brit. J. Surg. sept 1973, 60, n° 9, p688-695.

34)- DEBRAY PIRONNEAU LE CANUET MARCHE — Double tumeur bénigne du côlon (Tumeur villeuse et polyadénome (et mucocèle appendiculaire)). Sem. Hop. Paris, 14 mai 1971, 47, n° 23, p 1518-1519.

35)- JEANMART BREMER DAGNELIE VOLLONT CAPUS — Tumeurs villeuses du côlon J. Belge, Radiol, 1971, 54, fascicule 1, p.73-81

36)- ORRINGER EGGLESTON — Papillary (villous) adenomas of the colon and rectum Surg. sept 1972, 72, n° 3, p 378-387.

37)- QUAN CASTRO — Papillary adenomas (villous tumors). A review of 215 cases Dis. Colon. rect. juillet août 1971, 14, n° 4, p 267-279.

38)- VANETTI — Tumeurs villeuses coliques et rectales Revue Prat., 21 sept 1966, 16, n° 24, p 3249-3259.

39)- OLAFSON RIBA LUNDERQUIST — Angiographic findings in villous tumors of the colon Amer. J. Roentg. fev.1973, 117, n° 2, p.287-291.

40)- MARSHAK
LINDNER
The Radiology corner. Villous tumors of the large bowel.
Amer.J.Gastroenter.nov 70, 54, n° 5, p509-511.

41)- KAYE
BRAGG
Unusual Roentgenologic and clinicopathologic features of villous adenomas of the colon.
Radiology, Oct 68, 91, n° 4, p 799-806

42)- ENTERLINE
EVANS
MERCUDO LUGO
MILLER
FITTS
Malignant potential of adenoma of colon and rectum
JAMA, 1962, 179, p 322

43)- MOREAU
MARTIN
OLIVIERI
QUESTE
AIX
MONIER
ARNULF
BENOZIO
TEISSEIRE
Tumeurs villeuses du côlon droit
Journ. Radiol électrol.
Janv. fév. 1971, 52, n° 1-2 p.112-115.

44)- MATTOSO
CLOUSE
Unusual lesion of the cecum
JAMA, 15 mars 1965, 191, n°11, 932-933.

45)- AGRAN
KRATZMAN
Villous adenomas of the cecum
Report of a case.
Dis. Colon and rectum, sept. oct 1966, 9, p 381-383.

46)- CHATELIN
Tumeur villeuse du côlon
Entretiens de Bichat chirurgie 1959, p 43.

47)- LAQUERRIERE
LAUMONIER
L'utilisation de l'histophotométrie dans les tumeurs épithéliales bénignes du rectum
Arch. mal. app. dig et nutr. 1961, vol 50, n° 9 bis, p. 42-54.

48)- LAUMONIER
MARTIN
MARCHE
Les tumeurs villeuses du rectum.
Histopathologie
Arch.mal. app. dig, sept 1967, 56, n° 9 bis, p37-50

49)- MORSON
Anatomo- pathologie du papillome villeux
Arch. mal. app. dig, sept. 1967, 56, n° 9 bis, p 33-36.

50)- CONTE
BODIN
CONTE-MARTI
Tumeurs villeuses bénignes et cancers exophytiques d'aspect villeux
Arch. mal. app. dig. sept 1967, vol 56, n° 9 bis, p. 93-96.

51)- KÜGLER — Die Zottentumoren des Colons
Arc. Klin. Chir. 1966, 314, p. 149-164.

52)- WELCH
DOCKERTY — Villous carcinoma of the colon.
Dis. Colon Rectum juill. août 1958, 1, p. 251-261.

-=-=-=-=-=-=-

LIPOMES

53)- CAVANAUGH — Submucous lipoma of the large bowel
Am. Journ. Surg. 1950, 80, p 860-863

54)- DEBRAY, HARDOUIN, PIRONNEAU, TERRIS, MARTIN — Les lipomes du côlon
Arch.mal. App. Dig, 1963, vol 52, p 883-908

55)- DUBARRY, MARZET — Invagination colo-colique mobile de l'adulte par lipome sous-muqueux du côlon transverse.
Arch.Mal. app. dig, 1953, vol 42, p 1157-1158

56)- DELANNOY, TOISON, THOMAS — Les lipomes sous-muqueux du côlon.
A propos de quatre observations
Lyon. Chir. juillet 1960, 56, p 500-508

57)- D'JAVID — Lipomas of the large intestine.
Review of the literature and report of a case.
Journ. Intern. Coll. Surg. 1960, 33, p. 639-668.

58)- FONTAINE, WARTER, WEILL, WAHL — Aspects radiologiques des lipomes du côlon droit.
Journ. Radiol. Electrol. juin-juillet 1963
44, p 407-412

59)- BUNEL — Les lipomes du côlon. A propos de trois observations (dont deux de l'angle droit)
Thèse de Paris 1967

60)- MOREAU — Contribution à l'étude des lipomes du côlon.
A propos de deux observations personnelles.
Thèse de Paris 1967, n° 639

61)- ROUX, VAYRE, MARIE — Lipome sous-muqueux du côlon droit
Confrontations radio-anatomo-cliniques.
Hôpital de Vaugirard in
Presse Méd. 18 déc. 1965, 73, n° 54.

62)- MARGULIS, JOVANOVICH — Roentgen diagnosis of submucous lipomas of the colon.
Amer. J. Roentg, 1960, vol 84, p 1114-1120

63)- FURNEMONT — Lipome sous-muqueux pédiculé du cæcum.
Acta-gastr. ent. belge
août-sept 1970, 33, n° 8-9, p. 645-656.

64)- FABLET, DAVY — Deux aspects lacunaires du cæcum
Sem. Hop. Paris, 14 oct 1972, 48, n° 41,
p 2671-2673.

65)- MICHAUX — Contribution à l'étude des lipomes du gros intestin. Thèse Paris 1951 n° 1125.

66)- PACK BOOHER — Intussuscepting submucous lipoma of the right colon. Surg. Clin. North. Am. 1947, 27, p. 361.

67)- FRAISSE — Faux cancer du côlon et du rectum (cæcum et rectosigmoïde). Thèse méd. Lyon 20 fév72, 53, n° 1223 p209-222

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

PATHOLOGIE TUMORALE DU COLON DROIT

68)- CHATELIN ROSEAU — Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit. Intern. Collège of Surgeons, 1964, 42, p 693-701

69)- MOUCHET MARQUAND GARCIN HUM — A propos d'une série de 61 cancers du côlon droit. Journ. Chir. Paris 1963, 85, p 17-22.

70)- SENEQUE CHATELIN — Reflexions à propos de quarante cas de cancer du côlon droit. Journ. Chir. janv. 1957, 73, n° 1.

71)- COHEN — Contribution à l'étude du cancer du côlon droit. (A propos d'une série de 46 observations). Thèse de Toulouse 1966.